

Informovaný souhlas pacienta s operačním výkonem

Odstranění kovového materiálu u dětí

Jméno, příjmení:	
Datum narození:	
Bydliště:	
Číslo zdravotní pojišťovny:	

Vážení rodiče, opatrovníci, vzhledem k tomu, že se jako plně svéprávní jedinci podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vašeho dítěte, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informováni.

Na základě aktuálního zdravotního stavu Vašeho dítěte bylo lékařem indikováno odstranění kovového materiálu.

Chtěli bychom Vás touto cestou seznámit s přípravou k výkonu, jeho průběhem, pooperačním průběhem a možnými komplikacemi. Současně je cílem tohoto dokumentu získat Váš souhlas s uvedeným výkonem a Vaše akceptování z toho vyplývajících povinností a rizik.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Po zhojení zlomeniny, která byla ošetřena osteosyntézou, bylo u Vašeho dítěte indikováno odstranění osteosyntetického materiálu, protože je to cizí materiál a svou funkci již splnil. O rozsahu výkonu budete podrobně informován (a) ošetřujícím lékařem.

Dle rozsahu výkonu a zdravotního stavu dítěte je operace prováděna v celkové anestézii (narkóze) nebo místní anestézii. Místní anestézie se provádí aplikací místně znecitlivující látky tenkou jehlou do páteřního kanálu (spinální anestézie), aplikací místně znecitlivující látky přímo k nervovým pletením končetiny (svodná anestézie)

nebo aplikací přímo do místa prováděné extrakce (infiltrační anestézie).

Alternativy výkonu:

Adekvátní alternativa tohoto výkonu neexistuje. Lze tento výkon pouze neprovést, což může znamenat určité riziko plynoucí z ponechání cizorodého materiálu v lidském těle. Absolutní indikací k odstranění kovového osteosyntetického materiálu je zánět v oblasti přítomnosti tohoto materiálu v dětské rostoucí kosti.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

O režimu před výkonem budete informován/a po přijetí na oddělení.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Operace je prováděna na operačním sále. Po uložení na operační stůl bude Vašemu dítěti aplikována anestézie. Dle typu původního operačního výkonu se provede dezinfekce a zarouškování operačního pole. Pokud to situace dovolí, tak z řezů v původních jizvách odstraníme osteosyntetický materiál. V případě nutnosti použijeme řez větší, nebo v jiné lokalitě.

Jaké jsou možné komplikace:

Jako každý operační zákrok je i tato operace spojena s rizikem komplikací:

- Krvácení – projeví se modřinou, vytékáním krve z operační rány. Výjimečně si může vyžádat další operaci.
- Nezhojení – dehiscence operační rány, které je nutné vyřešit novou resuturou po odstranění příčin nezhojení.
- Infekce operační rány – projeví se bolestmi v operační ráně, jejím zarudnutím, výtokem hnisu z rány, horečkou.
- Alergie na léky nebo dezinfekční roztok – kopřivka se svěděním kůže, dechové obtíže, slabost, pokles krevního tlaku až šokový stav s celkovým otokem těla.
- Zánět plic a dýchacích cest.
- Proleženiny.
- Poruchy močení – nutnost dlouhodobějšího ponechání močového katétru – hadičky zavedené přes močovou trubici do močového měchýře.
- Poranění hlubokých struktur – svalů, kostí, nervověcévních svazků.
- Při nedodržování léčebného režimu je možná i refraktura v období po odstranění kovu.

Nelze jednoznačně vyloučit, že nedojde k tak závažné změně zdravotního stavu či komplikaci, která povede až k úmrtí dítěte nebo k amputaci poraněné končetiny. Dále nelze vyloučit ani výskyt ojedinělých a vzácných komplikací, které nejsou součástí tohoto výčtu.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Pooperační bolesti v operační ráně, které většinou odeznívají do 2 týdnů, jsou tlumeny léky proti bolesti. Zvracení je občasným nežádoucím účinkem celkové anestezie a odezní do 12 - ti hodin po operaci. Po celkové anestezii můžete přijímat tekutiny za 4 hodiny po výkonu, v případě lokální anestezie prakticky ihned. Plnou stravu budete přijímat následující den. Od 1. pooperačního dne budou zahájeny pravidelné převazy operační rány s desinfekčními prostředky a započata rehabilitace. Případný drén zavedený do operační rány bude vytažen 2. -3. den po výkonu. Pokud je Vaše dítě diabetik, bude mu pravidelně kontrolována hladina krevního cukru. Délka hospitalizace je vysoce individuální, závisí na hojení operační rány, rozsahu výkonu a jeho průběhu.

Omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti je u každého pacienta individuální, a to s přihlédnutím k povaze onemocnění, hojení a společenskému a pracovnímu zapojení po zákroku. Jednotlivá omezení s Vámi po provedení zákroku probere lékař.

Předpokládaný prospěch výkonu:

Odstranění kovového materiálu je u dětí nutné, protože jde o rostoucí kosti, ve kterých by materiál mohl působit komplikace růstu. Jeho odstranění je indikováno ihned co nejdříve po zhojení zlomeniny.

Byl/a jsem svým ošetřujícím lékařem poučen/a o významu pořízení audiovizuálních záznamů průběhu mé léčby, které, v případě mého souhlasu, mohou být použity pro vědecké a studijní účely a mohou být prezentovány na seminářích Karlovarské krajské nemocnice a.s., na kongresech, event. publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny jenom z těch částí mého těla, které přímo souvisí s léčbou. Byl/a jsem poučen/a, že při jejich jakékoliv prezentaci nebudou zveřejňovány osobní údaje o mé osobě (jméno, příjmení) a citlivé údaje ani další znaky, které by vedly k bližší identifikaci mé osoby:

ANO NE

Doplňující údaje lékaře:

Lokalizace výkonu (zákroku) Strana

.....

Já, níže podepsaný pacient (zákonný zástupce, opatrovník) prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o účelu a povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích plánovaného lékařského výkonu uvedeného výše. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a veškeré mé dotazy byly srozumitelně zodpovězeny.

Jsem si vědom/a toho, že při provádění operačního výkonu může nastat neočekávaná situace, která si vyžádá rozšíření původně plánovaného výkonu nebo provedení dalšího nutného výkonu pro záchranu mého zdraví či života. Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s uvedeným operačním výkonem i s podáním anestezie.

Jsem srozuměn/a s tím, že operační výkon nemusí být proveden lékařem, který mne doposud ošetřoval.

Souhlasí zaznamenané místo a lokalizace výkonu (zákroku).

Datum:

Podpis pacienta (zákonného zástupce, opatrovníka):

Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu operačního výkonu pacientovi (zákonnému zástupci, opatrovníkovi) způsobem, který byl podle mého soudu pro pacienta srozumitelný. Se způsobem plánované anestezie/sedace byl seznámen lékařem – anesteziologem.

Rovněž jsem pacienta seznámil s důsledky tohoto výkonu a s možnými častějšími komplikacemi, zejména s riziky uvedenými výše v tomto poučení.

Datum:.....

Jméno lékaře:Podpis: